N° 5

TRAITEMENT

PAR LES

COURANTS CONTINUS

DE QUELQUES

AFFECTIONS CHRONIQUES DE L'ŒIL

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 9 février 1883

PAR

Antoine PORTE

Né à Beaumont (Haute-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
CASTAN..... ....} Assesseurs
COMBAL ✻ ✠.....}

Professeurs.

	Messieurs :
Opérations et appareils.	BOUISSON, O. ✻ ✠, D. hon.
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique chirurgicale.	COURTY ✻.
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie médicale.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), Professeurs honoraires.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs :
JACQUEMET.	MAIRET.
PÉCHOLIER.	CHALOT.
HAMELIN.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSÉ.
SERRE.	REGIMBEAU ✻.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. BENOIT, *président ;*
JAUMES, professeur ;
DE GIRARD, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES COUSINS

A. PORTE.

A la Mémoire de M. AUTHEMANN

Ancien Inspecteur des Écoles primaires

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BENOIT

Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier
Chevalier de la Légion d'honneur

A. PORTE.

A Monsieur le Professeur-Agrégé REGIMBEAU

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

A MES AMIS

A. PORTE.

INTRODUCTION ET DIVISION

Nous avons eu l'occasion d'observer chez notre sympathique Maître, M. le professeur-agrégé Regimbeau, quelques cas remarquables de guérison ou tout au moins de notable amélioration d'affections oculaires par les courants continus. Il nous a paru ne pas devoir être sans intérêt ni sans utilité de consigner dans notre thèse inaugurale, et nos observations et le mode employé par notre savant Maître. Nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés que nous rencontrerions à traiter un sujet encore peu connu, et nous y aurions peut-être renoncé, si nous n'avions été soutenu et éclairé par les lumières du Maître. Qu'il accepte, ici, l'hommage de notre vive gratitude!

Il nous a semblé rationnel de diviser ainsi notre ouvrage : un premier chapitre consacré à l'histoire du traitement électrothérapique appliqué aux affections de l'organe de la vue; dans un second chapitre, nous traiterons de la nutrition de l'œil et de l'action trophique des courants continus sur l'organe de la vue; dans un dernier chapitre, nous donnerons d'abord nos observations, nous dirons ensuite un mot de chacune des affections que nous avons vu guérir; nous étudierons ensuite les courants continus, le mode d'emploi et les dangers de cette médication.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0039

TRAITEMENT

PAR LES

COURANTS CONTINUS

DE QUELQUES

AFFECTIONS CRHONIQUES DE L'ŒIL

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE DE L'ÉLECTRICITÉ APPLIQUÉE A LA GUÉRISON DES AFFECTIONS OCULAIRES

C'est Jalabert, médecin génevois, qui le premier songea à utiliser l'électricité comme moyen thérapeutique. Il annonça des résultats merveilleux, mais quelque temps après ses expériences ayant été reprises et n'ayant pas toujours répondu aux résultats désirés, ce mode de traitement tomba dans un discrédit immérité, jusqu'au moment où a paru l'ouvrage de Poma et Arnaud, qui employèrent l'électricité contre le rhumatisme, les névralgies, les paralysies, l'*amau-*

rose, et firent assez bien connaître la valeur thérapeutique de cet agent.

La découverte de Galvani et de Volta ne tarda pas à mettre à la disposition des médecins une source d'électricité autrement importante. Mais de longtemps on ne sut en tirer parti, tant à cause de l'ignorance où l'on était des propriétés particulières du nouvel agent que de l'imperfection des premières piles (piles à un seul liquide). De nos jours encore, des praticiens obtiennent des insuccès, parce qu'ils se servent de piles à trop grande ou trop petite surface.

Nous reviendrons sur ce point quand nous traiterons du procédé opératoire.

Jusqu'à Magendie, Rémack et surtout Duchenne (de Boulogne), elle ne fut guère employée d'une façon rationnelle. C'est grâce à ce dernier qu'a été porté à un si haut degré de perfection la méthode d'électrisation localisée.

Les courants continus ont été employés à combattre toutes sortes de paralysies, tant d'origine cérébrale que spinale, des atrophies musculaires, des dégénérescences diverses et enfin les affections oculaires.

En 1859, le docteur Boulu a adressé à l'Académie de médecine un mémoire intitulé : « *De la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire.* » Sa méthode consiste dans l'introduction sous la paupière de deux fines aiguilles mousses qui électrisent directement l'appareil oculaire. Il a ainsi obtenu quelques bons résultats.

La même année, l'administration du service de santé de l'armée, convaincue de l'importance du traitement électrothérapique, a décidé la création d'un service spécial dans ses principaux hôpitaux. Il fut en même temps publié une instruction sur les affections auxquelles on peut opposer ce traitement. L'amaurose s'y trouve mentionnée. On doit se servir de courants continus faibles, et placer un des rhéo-

phores sur le globe oculaire ou tout au moins dans son voisinage.

C'est surtout dans ces dernières années que, grâce à la perfection des instruments et à la plus grande connaissance de l'action des courants continus, le traitement électrothérapique est devenu un puissant moyen entre les mains de ceux qui savent le manier, et cela même dans les affections les plus rebelles : atrophie du nerf optique, névrose optique, ataxie. Dans le recueil d'ophthalmologie de Galezowski, on trouve cinq observations d'atrophies grises améliorées ou guéries. Driver, Lefort, Boucheron, thèse de Paris 1875, le professeur Dar rapportent des cas de guérison d'atrophie blanche. Gayet, professeur de clinique ophthalmologique à Lyon, rapporte six observations, entr'autres une double atrophie papillaire par névrite ascendante, avec perte complète de la vue rapidement guérie.

Tous ces auteurs, dans presque tous les cas, lorsqu'ils ne mentionnent pas la complète guérison, accusent au moins de notables améliorations, que l'on n'aurait certainement pas obtenues par un autre traitement. Ces praticiens ont également obtenu d'excellents résultats dans les troubles du corps vitré, suite d'irido-choroïdite, dans l'asthénopie accommodatrice, et principalemeut dans les troubles musculaires et les contractures hystériques.

Giraud-Teulon, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, rapporte vingt cas de guérison de cataracte.

A côté de ces résultats, Tessier, Panas, Galezowski pensent qu'il y en a beaucoup de négatifs. Tessier, dans sa thèse d'agrégation, rapporte cinq insuccès obtenus par Leclère, élève de Panas. Nous verrons plus loin que c'est souvent au mode d'emploi défectueux que sont dus des insuccès.

Tessier pense que les résultats sont favorables dans les troubles des milieux transparents de l'œil, et cite l'obser-

vation d'une jeune américaine affectée de troubles du corps vitré et rapidement guérie.

Le dernier mot n'a point encore été dit sur ce mode de traitement. Pour nous, notre but n'a point été de pénétrer dans l'intimité de ces phénomènes encore remplis de mystères, mais bien de montrer par les quelques observations que nous avons recueillies, ce que l'on peut attendre des courants continus intelligemment appliqués.

CHAPITRE II.

DE LA NUTRITION DE L'ŒIL ET DE L'ACTION TROPHIQUE DES COURANTS CONTINUS.

Action trophique du trijumeau sur la nutrition de l'œil.

Le trijumeau exerce une influence trophique sur le globe oculaire ainsi que l'ont démontré les expériences de Magendie, Claude Bernard et de quelques autres physiologistes. Si l'on sectionne le trijumeau dans l'intérieur du crâne au niveau du ganglion de Gasser, voici ce qu'on observe: la cornée devient blanchâtre, opaque et ne tarde pas à s'ulcérer. Cette ulcération s'étend en surface et en profondeur et va bientôt perforer la cornée. L'humeur aqueuse s'échappe, l'iris fait hernie et parfois le cristallin est projeté au dehors: l'œil entier ne tarde pas à s'atrophier.

L'on pourrait croire, d'après cette expérience, que le trijumeau est le centre trophique du globe oculaire en entier; mais si l'on reprend cette expérience en prenant certaines précautions que nous allons indiquer, on voit que l'hémisphère antérieure de l'œil est seule atteinte. Pour cela, il suffit de protéger la cornée contre les influences extérieures et de prévenir ainsi sa perforation. L'on y arrive facilement en obturant l'ouverture palpébrale soit au moyen de quelques points de suture, soit au moyen de bandelettes enduites de collodion.

Quel est donc le centre trophique de l'hémisphère postérieur du globe oculaire? Tout le monde a pu observer dans les cliniques ophthalmologiques les plus graves désordres survenir à la suite de plaies du globe de l'œil sans gravité apparente. Ces plaies sont dirigées selon un des méridiens de l'œil. La cornée et la sclérotique se cicatrisent rapidement, et pourtant le globe oculaire devient moins résistant, il diminue de volume et s'atrophie. Quel est le centre nerveux qui a été lésé? c'est le plexus ciliaire. Ses branches proviennent de trois sources, les unes de la troisième paire, les autres du plexus carotidien, et enfin, les dernières de la branche ophthalmique de Willis. Le plexus ciliaire constitue un anneau complet et contient un grand nombre de ganglions observés par Kraus et Muller. L'on peut se demander comment une section linéaire si peu étendue entraîne de si graves désordres. L'on peut se l'expliquer par ce fait expérimentalement démontré pour le grand sympathique, à savoir : que la destruction d'un certain nombre d'éléments nerveux entraîne la dégénérescence des éléments voisins. Quoi qu'il en soit de cette explication, on voit que le globe oculaire possède deux centres trophiques :

Le trijumeau ;

Le plexus ciliaire.

Nous allons maintenant étudier le rôle du grand sympathique dans la nutrition de l'œil; connaissant alors la fonction de chacun de ces centres nerveux, nous tâcherons de déterminer, après avoir étudié l'action physiologique des courants, sur quel centre nous devrons agir.

Action du grand sympathique.

Si l'on sectionne le grand sympathique dans sa portion cervicale (exp. de Cl. Bernard), l'on observe les phénomènes suivants: La pupille se resserre au point de devenir imperceptible; le globe oculaire se rétracte, il est comme plus enfoncé que celui du côté opposé, l'ouverture palpébrale paraît se rétrécir. Ces phénomènes sont dus à diverses paralysies: le resserrement de la pupille à la paralysie des fibres rayonnées de l'iris qui ne contrebalançant plus les fibres circulaires, leur permettent d'agir de toute leur puissance; l'enfoncement du globe oculaire et le rapprochement des paupières proviennent de la paralysie du muscle orbitaire antagoniste des muscles moteurs de l'œil et qui tend à le projeter en avant.

A côté de ces paralysies, on observe aussi l'augmentation des sécrétions et une plus grande activité de la circulation dans les capillaires, et par suite une augmentation de la tension oculaire, artérielle et de la température. Tous ces faits ont été bien démontrés par les nombreuses expériences de Cl. Bernard que nous ne pensons pas être utile de rapporter ici.

En résumé, l'on voit que l'on peut agir par les courants ou bien sur le trijumeau et le plexus ciliaire qui ont une influence trophique puissante sur le globe oculaire, ou bien sur le grand sympathique qui a la circulation sous sa dépendance.

Aussi les praticiens ont-ils adopté deux méthodes d'électrisation, l'une en agissant directement sur le trijumeau et le plexus ciliaire, en appliquant les électrodes sur la nuque et le globe oculaire, l'autre en agissant sur le sympthique. Les

résultats que nous apportons ont été obtenus par la première méthode.

Nous pensons que c'est ici le moment de nous demander comment agissent les courants continus. Leur bienfaisante action est-elle due à leur action sur la circulation, ou bien aux phénomènes puissants d'électrolyse et de transport?

ACTION DES COURANTS CONTINUS.

Des phénomènes électrolytiques et catalytiques.

1° *Phénomènes électrolytiques.* — L'on sait que lorsqu'on fait passer un courant à travers de l'eau acidulée, cette eau est décomposée en ses éléments hydrogène et oxygène, celui-ci se portant vers le pôle positif, et le premier vers le pôle négatif.

Les oxydes, les sels, les acides, etc., sont décomposés de la même manière. Ces phénomènes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

2° *Phénomènes catalytiques.* — Dans l'action chimique des courants, il n'y a pas seulement que décomposition, il y a aussi transport des éléments. Ce phénomène a été démontré par Davy: trois vases sont réunis par une mèche d'amiante imbibée; on met dans le premier une solution de sulfate neutre de sodium et dans les deux autres de l'eau distillée; le liquide des trois vases est coloré à l'aide du sirop de violettes. Si l'on fait traverser les trois vases par un courant, on voit le liquide des deux vases placés aux extrémités se colorer l'un en rouge, l'autre en vert, ce qui montre que la base et l'acide se sont rendus l'une à l'électrode négative, l'autre à

la positive. Le liquide du vase intermédiaire a été traversé sans changer de couleur.

On peut encore se rendre compte de ces phénomènes de la manière suivante: on fait passer un courant dans de l'eau contenant en suspension des particules d'un corps coloré; l'on voit ces particules se mouvoir dans le sens du courant.

Ces phénomènes sont assez puissants pour modifier les lois de l'osmose. Dutrochet avait déjà vu que les courants modifiaient les phénomènes osmotiques, mais Porret, le premier, a fait les expériences suivantes: On plonge dans de l'eau pure un tube rempli d'eau gommée et fermé à son extrémité par une membrane animale ou un papier parchemin. Si l'on place le pôle positif dans l'eau pure et le pôle négatif dans l'eau gommée, on voit les phénomènes d'endosmose s'accomplir bien plus rapidement qu'à l'état normal; mais dans la disposition inverse, non seulement le liquide du vase ne pénètre pas dans le tube, mais au contraire c'est la solution gommeuse qui passe dans le vase. Les phénomènes osmotiques sont donc puissamment modifiés par les courants électriques.

Les substances organiques sont également décomposées par les courants et l'on peut ainsi séparer leurs principes immédiats. Davy, en faisant passer dans une feuille de laurier un courant très énergique, trouva au pôle positif de l'acide cyanhydrique et au pôle négatif un mélange de chaux, de résine et de matière colorante verte.

Les courants produisent dans nos tissus des effets analogues et si l'on emploie des courants énergiques, on obtiendra aux denx pôles des eschares qui ne laisseront pas de doute sur la puissante action de l'électricité.

Les courants transportent même des matériaux à travers nos tissus, et si au lieu d'appliquer les électrodes directement snr l'épiderme, on place à l'une d'elles de l'iodure de potas-

sium, celui-ci sera décomposé et l'iode se rendra au pôle positif et la potasse au pôle négatif.

Il ne faut cependant pas croire que tout se borne à ces phénomènes presque entièrement chimiques ou mécaniques; il se produit dans l'intimité des tissus des modifications importantes, et c'est avec juste raison que M. Ciniselli dit : « Que »les effets du courant électrique ne se bornent pas à la cautéri»sation, mais qu'ils s'étendent à l'intérieur des tissus ; que la »diminution des tissus pathologiques traités par le galvano»cautère n'est pas proportionnée à la destruction matérielle »opérée, qu'elle est toujours plus grande. »

L'on voit par là que les courants agissent aussi comme modificateurs de la vitalité des tissus.

Parmi les effets dus à l'action des courants, on en a observé un très curieux que l'on nomme *cémentation*. Ce phénomène consiste en des actions moléculaires qui font que certains éléments pénètrent dans un corps pendant que d'autres en sont expulsés, mais sans modifier la forme de ce corps.

N'est-ce pas là ce qui se passe dans le corps vivant? Les éléments anatomiques ne subissent-ils pas constamment des modifications moléculaires sans changement de leur forme? N'est-il pas permis de penser que les courants électriques, sans être certainement la cause de ces échanges, doivent du moins les favoriser dans de grandes proportions et ramener ainsi une vitalité plus grande dans les tissus pour aller jusqu'à entraîner la résorption d'exsudats, de tumeurs et la régénérescence des tissus?

C'est pour cette raison, sans doute, et à cause aussi, peut-être, de leur action sur la circulation que les courants agissent si puissamment sur la nutrition des tissus; aussi le professeur Niemeyer (et cela nous servira de résumé), les compte « comme un moyen puissant pour modifier les conditions nutritives des parties situées dans la profondeur. »

Sensations subjectives produites par les courants continus. — Après avoir étudié l'action trophique des courants continus sur la nutrition, nous devons dire quelques mots des effets subjectifs que produit l'électrisation du nerf optique. D'une manière générale, les courants continus appliqués sur les nerfs de sensibilité spéciale produisent les sensations spécifiques de ces nerfs. Ainsi, si l'on place les pôles d'une pile sur le globe oculaire, on provoque des sensations de feu et de flammes (phosphènes). Les sensations sont différentes selon la position respective des pôles. Si le pôle négatif est placé sur la paupière et le pôle positif dans la main ou sur la nuque, on a une sensation lumineuse bleue intense ; dans la situation inverse, l'impression est moins vive et la sensation lumineuse devient jaune-rougeâtre.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS. — ÉTUDE SUCCINCTE DES AFFECTIONS QUI ONT ÉTÉ TRAITÉES. — DES COURANTS CONTINUS, DE LEUR MODE D'EMPLOI, DE LEURS DANGERS.

—

Observation I.

Double atrophie papillaire blanche survenue à la suite d'hystérie. — Guérison rapide.

Ph. F., veuve L., marchande de comestibles à la Halle, née à Montpellier, âgée de trente-cinq ans.

A été réglée à treize ans, n'a pas eu d'enfant, tempérament nerveux, constitution faible. Elle est irritable, emportée à la moindre contrariété, rien du côté de l'hérédité, eut en 1874 des attaques d'hystérie à la suite d'une vive émotion. Elle eut des vomissements de sang, de la gastralgie et enfin de la paraplégie et de l'anesthésie des membres inférieurs.

Cet état était surtout prononcé pendant l'hiver, du mois de novembre au mois de juin; il y avait de l'amélioration pendant l'été. De 1874 à 1880 elle a suivi divers traitements: bains de Lamalou, bains de sable, régime reconstituant, etc.

En 1880, les phénomènes d'anesthésie et de paraplégie disparurent pour faire place à des troubles de la vision. Sa vue s'affaiblit petit à petit et au bout de quelques mois la cécité était complète du côté gauche. Vers le mois d'août 1882, elle

constata un affaiblissement de l'œil droit qui fut en augmentant jusqu'à la fin de septembre, époque à laquelle elle fut envoyée chez M. Regimbeau par M. le professeur Jaumes avec le diagnostic atrophie papillaire blanche.

La vue du côté gauche était complètement éteinte, du côté droit elle distinguait encore la lumière, mais ne pouvait pourtant se conduire.

Traitement. — Trois fois par semaine, pendant dix minutes pour chaque œil, application du courant de quatre petits éléments Callaud. Le pôle négatif est placé sur la nuque et le positif sur le globe oculaire.

Dès la sixième séance, il se produisit une amélioration notable qui permit à la malade de se conduire et de reprendre ses travaux; à la huitième séance, la vue était redevenue à peu près à l'état normal.

M. le professeur Dubrueil qui a alors examiné la malade a trouvé du côté gauche la papille normale dans sa moitié externe et un excès de vascularisation dans sa partie interne.

La papille droite est normale.

Cette malade que nous avons vue ces jours derniers, va toujours bien et vaque à ses occupations ordinaires.

Observation II.

Double atrophie papillaire blanche, suite de fièvre intermittente.

Le nommé R. C., âgé de 33 ans, né à Ligny (Pas-de-Calais), cultivateur.

Ne présente rien de remarquable du côté de l'hérédité.

Il a habité pendant longtemps l'Algérie où il a contracté

les fièvres intermittentes en 1877. Les accès disparurent en mars 1879 ; en novembre de la même année, il eut un accès pernicieux.

Cet accès dura trente-six heures, et consécutivement il perdit la vue et eut des maux de tête intenses.

Il est entré à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Éloi, n° 7, en 1882 au mois d'août.

On diagnostiqua une double atrophie plus forte à droite qu'à gauche.

Un traitement à l'iodure de potassium et aux purgatifs salins fut institué, mais il n'amena aucune modification.

En septembre, il fut envoyé chez M. Regimbeau et on suspendit tout traitement.

Il fut traité par un courant de six éléments Callaud. Le 18 novembre, il accusait une amélioration sensible. A sa sortie de l'hôpital, vers le milieu de décembre, il lit couramment. Il éprouve, toutefois, par moment, des absences de quelques secondes.

L'examen ophthalmoscopique qui a été fait à ce moment-là n'a pas montré de modification des papilles en rapport avec l'amélioration fonctionnelle.

Observation III.

Atrophie papillaire droite suite de phénomènes inflammatoires aigus. — Guérison. — Exsudats obturant la pupille du côté gauche.

Le nommé M. J., cultivateur, né à Espalion (Aveyron), est entré à l'hôpital Saint-Eloi en novembre 1882.

Son père est encore vivant et se porte bien, sa mère est morte de suite de couches, ses frères et sœurs jouissent d'une bonne santé.

Il est d'une forte constitution, de tempérament bilioso-sanguin, n'a jamais eu de maladies ; il est un peu alcoolique.

Au mois de juillet 1881, à la suite de travaux pénibles et d'un refroidissement, il eut des maux de tête qui durèrent quelques jours à la suite desquels il perdit l'œil gauche. La pupille est obstruée par des exsudats et fortement adhérente à la face antérieure du cristallin. L'examen du fond de l'œil n'est pas possible.

En juillet 1882, il eut dans les mêmes circonstances que l'année précédente des maux de tête qui entraînèrent la perte de l'œil ; ce que l'on peut apercevoir de l'œil à l'examen direct est normal. A l'ophthalmoscope, on aperçoit une atrophie papillaire blanche, la papille est blanche, nacrée, mais les vaisseaux sont presque normaux.

La vue est complètement éteinte du côté gauche, la lumière est encore perçue par l'œil droit.

Ce malade n'a jamais suivi de traitement. Il est envoyé immédiatement chez M. Regimbeau. Des la sixième séance, il y voit beaucoup mieux de l'œil droit et peut se conduire à la dixième séance, 12 décembre; il peut voir l'heure à une montre et lire un journal.

La papille de ce malade a repris à peu près l'aspect normal (examen de M. Dubrueil).

Observation IV.

Atrophie choroïdienne rhumatismale. — Amélioration.

Madame R. H., sans profession, demeurant à Montpellier, âgée de 37 ans, présente du côté de l'hérédité des prédispositions au rhumatisme. Son père a eu plusieurs attaques. Elle n'a pas eu à en souffrir jusqu'à présent.

Vers le mois de juillet 1882, elle eut une choroïdite aiguë du côté droit, à la suite de laquelle succéda une atrophie de la choroïde.

La choroïde est blanche et fait contraste avec celle du côté opposé qui est très foncée.

La vue est à peu près abolie.

Au mois d'octobre, elle va chez M. Regimbeau. A la dizième séance, amélioration sensible. A la quinzième elle peut lire, bien que son œil ait encore conservé une certaine faiblesse.

L'examen ophthalmoscopique ne montre que des modifications peu importantes, et non en rapport avec l'amélioration fonctionnelle.

Observation V.

Rétinite exsudative de nature alcoolique, commencement d'atrophie papillaire.

Le nommé C. L., âgé de 52 ans, né et demeurant à Montpellier, profession de serrurier.

Rien du côté de l'hérédité.

Il avoue qu'il a l'habitude de *boire un peu*.

Il est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution moyenne.

Il y a huit mois qu'il s'est aperçu de l'affaiblissement de la vue. Le côté droit est plus malade que le gauche.

La vue s'est affaiblie peu à peu, et le 25 novembre, il entrait à l'hôpital Saint-Eloi privé à peu près de la vue. On le soumit au régime lacté et on fit des applications sur l'arcade sourcillière de pommade au sulfate de strychnine.

Le 23 décembre, aucune amélioration n'ayant été produite par ce traitement, il fut envoyé chez M. Regimbeau.

L'examen ophthalmoscopique montre la rétine recouverte par un exsudat blanchâtre qui empêche d'apercevoir nettement les vaisseaux. La papille paraît être légèrement atrophiée.

Dès la troisième séance, le malade s'aperçut d'une amélioration qui s'accentua rapidement dans les séances suivantes. Vers la onzième séance, il put y voir pour se conduire et se livrer à des occupations demandant peu d'acuité visuelle. Il peut lire les gros caractères. Ce malade est encore en traitement.

Observation VI.

Opacité du corps vitré suite d'irido-choroïdite.

J. C., né à Lunel-Viel, âgé de 34 ans, est entrée à l'hôpital le 17 novembre 1882. Il exerce la profession de garçon de restaurant.

Rien de remarquable au point de vue de l'hérédité.

Il a habité longtemps l'Afrique où il a contracté les fièvres intermittentes. Il a eu des accès pendant trois ans, trois mois chaque année.

Au mois de janvier 1882, il alla habiter Marseille, là il eut des maux de tête qui durèrent deux mois. A la suite de ces maux de tête, il fut pris d'une extinction de voix. C'est en mars que débutèrent les accidents du côté des yeux.

Ce malade affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

Les paupières se tuméfièrent, l'œil gauche resta fermé pendant un mois et demi. Il voyait encore de l'œil droit. Il entra à l'hôpital de Marseille où l'on institua le traitement suivant: iodure de potassium à l'intérieur. Onguent mercuriel sous les aisselles et à la région sourcillière.

A la fin avril, il quitta Marseille pour venir à Montpellier, où il continua le traitement à l'iodure de potassium, mais abandonna l'onguent mercuriel, qui fut remplacé par des mouches de Milan sur la nuque. Il fut ainsi soigné chez des parents, mais n'obtenant aucune amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital le 17 novembre. L'iodure de potassium y fut continué, on lui donna tous les huit jours un purgatif salin et des pilules de Bontius.

Examen des yeux. — L'iris est terne et peu influencé par les mydriatiques, la pupille du côté droit se dilate assez bien, celle du côté gauche est fortement adhérente à la face antérieure du cristallin.

L'examen ophthalmoscopique n'est pas possible, les corps vitrés sont absolument opaques.

Le 28 novembre, tous les phénomènes aigus ayant disparu, il est soumis au traitement électrothérapique; on cesse en même temps tout autre traitement.

Vers la sixième séance, il y eut une amélioration des deux yeux. Vers la neuvième, il peut lire, mais de l'œil droit seulement. L'œil gauche a beaucoup moins gagné. Cette amélioration va toujours en augmentant pour l'œil droit. L'œil gauche gagne bien moins.

A l'examen ophthalmoscopique, on aperçoit le fond de l'œil et les vaisseaux du côté droit; il reste encore quelques opacités. Du côté gauche, on ne peut que distinguer sans détail la lueur du fond de l'œil.

Ce malade est encore en traitement.

Observation VII.

Cataracte.— Grande amélioration.

J. V., âgé de 45 ans, né et demeurant à Montpellier où il exerce la profession de tonnelier.

Rien du côté de l'hérédité : son père et sa mère sont morts très âgés et jouissant d'une bonne vue. Dans son bas-âge, vers l'âge de 8 ou 10 ans, il fut atteint d'héméralopie ; depuis cet âge jusqu'à l'époque où la maladie actuelle lui a enlevé l'usage de la vue, il n'a pas eu à souffrir d'autre affection oculaire ni de maladie.

Il y a trois ans environ qu'il s'est aperçu de l'affaiblissement de la vue. Il a depuis suivi divers traitements dont il n'a su m'indiquer la nature.

Examen de l'œil. — Par l'examen direct, la pupille présente un aspect jaunâtre uniforme, l'éclairage oblique montre une opacité jaunâtre régulière.

Depuis le mois de mars, il n'y voit plus assez pour se conduire. La perception de la lumière est seule possible.

Il est entré en traitement le 3 décembre ; dès la septième séance, il a constaté une amélioration. Actuellement, il peut lire couramment les caractères ordinaires d'imprimerie. Il ne reste plus qu'une petite opacité siégeant au centre du cristallin.

Observation VIII.

O. Th., entrepreneur, demeurant à Montpellier, âgé de 54 ans, est atteint de cataracte dure depuis trois ans. Est entré en traitement depuis le commencement de janvier. Malgré le petit nombre de séances, il a éprouvé une amélioration qui lui permet de distinguer et de compter les doigts, ce qu'il ne pouvait aucunement faire avant.

Nous regrettons de ne pouvoir présenter un plus grand nombre d'observations, mais cela tient seulement à ce qu'il y a peu de temps que ce genre de traitement est institué à Montpellier et aussi à l'inconstance des malades dont un grand nombre a abandonné le traitement après quelques séances.

ÉTUDE SUCCINCTE DES AFFECTIONS QUI ONT ÉTÉ TRAITÉES.

Nous n'avons point l'intention de nous livrer à l'étude complète des affections qui ont été traitées. Nous nous bornerons à mentionner les points saillants.

De la cataracte. — On sait que l'on donne le nom de cataracte aux opacités placées dans le champ pupillaire. Les cataractes ont été divisées en vraies ou en fausses, selon qu'elles siègent dans le cristallin ou sur sa face antérieure.

On a encore divisé les cataractes en dures, molles et demi molles.

La cataracte survient à tous les âges, elle est plus fréquente après quarante ans; le sexe ne paraît pas jouer un

rôle bien important sur sa formation ; il n'en est pas de même de l'hérédité.

L'influence des professions ne paraît pas bien prouvée.

Les causes qui affaiblissent la vitalité de l'œil (affections inflammatoires, traumatisme) favorisent son développement. Divers états constitutionnels (diabète, albuminurie) y prédisposent, ainsi que le mauvais état du système circulatoire périphérique (athérome).

Symptômes. — Les premiers symptômes observés sont les symptômes fonctionnels : les malades ne perçoivent plus nettement les objets qui leur paraissent parfois comme entourés de brouillards ou recouverts d'un voile ; d'autres fois, les objets paraissent doubles, triples, etc. Enfin, la vue s'affaiblit peu à peu, et les malades finissent par ne plus percevoir que la lumière.

Signes physiques. — Souvent le simple examen à l'œil nu en face d'une fenêtre bien éclairée suffit pour montrer une opacité blanchâtre ou jaunâtre siégeant dans la pupille. Mais l'on ne doit pas se borner à ce moyen superficiel, surtout au début. L'éclairage oblique montre souvent des taches qui auraient passées inaperçues. L'examen ophthalmoscopique confirme le diagnostic, et si la cataracte n'est pas complète, il permet d'examiner le fond de l'œil.

Anatomie pathologique. — Les opacités du cristallin sont dues à la coagulation du fluide albumineux contenu dans les éléments du cristallin, au dépôt de matières grasses, de cristaux de cholestérine, de pigment et parfois aussi au dépôt de cristaux de carbonate et de phosphate de calcium.

Irido-choroidite. Opacités du corps vitré. — Les rapports

intimes qu'affectent entre eux l'iris et la choroïde expliquent la simultanéité fréquente des inflammations de ces deux membranes de l'œil.

L'irido-choroïdite est surtout fréquente entre 30 et 40 ans.

La goutte, le rhumatisme et surtout la syphilis en sont les causes les plus ordinaires. Elle survient quelquefois aussi dans le cours d'une blennorrhagie ou, chez la femme, à l'époque de la ménopause.

Elle peut être séreuse, exsudative, suppurative, atrophique.

Symptômes. — Un des premiers symptômes est l'aspect terne et le changement de couleur de l'iris. Les mouvements de ce diaphragme sont plus lents, il répond moins rapidement aux mydriatiques, et parfois l'on ne peut même obtenir la dilatation complète de la pupille. Celle-ci est irrégulière à cause des adhérences qu'a contracté l'iris avec le cristallin.

L'humeur aqueuse est parfois altérée, il s'y produit divers épanchements (hypohéma, hypopion).

La coroïde a également subi diverses modifications, sa couche épithéliale est imbibée de liquide et a disparu par place. La vitalité du corps vitré est atteinte, il devient trouble, opaque, parfois il s'y forme des corps flottants ou des épanchements (hypopion postérieur). Sa forme, sa consistance peuvent aussi se modifier.

Un traitement approprié peut enrayer le mal et la guérison être obtenue. Mais souvent la coroïde et la rétine s'atrophient, le corps vitré reste opaque.

Atrophie papillaire. — L'atrophie papillaire survient à la suite d'un grand nombre de causes et quelquefois sans qu'on puisse saisir aucun rapport de cause à effet.

Le tabac, l'alcool, les affections de la moelle, du cerveau, la glycosurie, la syphilis, les fièvres intermittentes graves, les

affections oculaires, les névroses en sont regardés comme les causes les plus fréquentes.

L'influence du sexe paraît douteuse. Meunier (thèse de Paris 1866), la donne comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme; Galezowski au contraire (Traité des maladies des yeux), rapporte que sur 95 cas observés, il y eut 70 hommes et 25 femmes.

C'est de 30 à 50 ans qu'elle a été le plus souvent observée.

Symptômes. — Les malades éprouvent quelquefois des douleurs dans le globe oculaire, d'autres fois ils ne ressentent absolument rien. Tantôt et au commencement de la maladie les malades cessent de percevoir une couleur ou en confondent deux, tantôt les objets ténus ou peu éclairés ne sont plus visibles. Les progrès de la maladie sont très-lents et ce n'est qu'au bout d'un temps généralement très long que la cécité devient complète.

Si on examine à l'ophthalmoscope la papille aux différentes étapes de la maladie, on voit ses bords devenir irréguliers, dentelés, elle est moins transparente, ses vaisseaux sont moins bien aperçus, cet état augmente peu à peu, la papille finit par devenir blanche, opaque, nacrée, réfléchissant la lumière, présentant quelquefois à son centre une légère excavation, quelquefois elle est grise (atrophie grise, tabétique); cette forme, plus rebelle que la première, s'observe dans les lésions des centres nerveux.

Les vaisseaux sont amincis, à peine visibles, il est rare qu'ils disparaissent totalement. Dans le cas d'atrophie blanche, les fibres nerveuses sont atrophiées, entourées de tissu conjonctif et adipeux; dans le cas d'atrophie grise, les désordres sont encore plus graves, non seulement l'élément nerveux est atrophié, mais parfois il a été totalement remplacé par des tissus de formation nouvelle.

On voit combien sont diverses les maladies auxquelles on peut opposer les courants continus. Mais toutes ont un lien commun, la diminution de la vitalité des tissus, la formation de dépôts ou d'exsudats. Si l'on se rappelle ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, il sera facile de comprendre leur action curative. Les courants continus sont indiqués dans tous les cas où à la suite d'une affection aiguë ou de certains états généraux, les tissus seront le siège de dégénérescence, formations de dépôts, exsudats, etc. L'on doit commencer le traitement dès que tous les phénomènes aigus ont disparu. Mais, et cela est important, il ne faut commencer qu'après la cessation complète de l'acuité, et si elle se manifestait pendant le cours du traitement, le suspendre aussitôt. C'est là du reste la seule contre-indication des courants continus. On doit aussi les rejeter complètement, chaque fois que l'étendue ou la nature des lésions indiqueraient qu'aucune amélioration ne saurait se produire, et cela autant pour ne point faire inutilement souffrir le malade que pour ne point jeter du discrédit sur ce mode de traitement.

DES COURANTS CONTINUS, DE LEUR MODE D'EMPLOI, DE LEURS DANGERS.

Il y a deux sortes d'électricité, l'électricité statique et l'électricité dynamique. Nous n'avons pas à nous occuper de la première.

La seconde de date relativement récente, se produit sous l'influence de décompositions chimiques principalement et dans quelques autres conditions. Elle se présente à nous sous deux formes: courants continus, courants induits. Les premiers sont les seuls qui doivent nous arrêter. Les appareils

destinés à les produire portent le nom de pile. Les premières qui furent connues sont celles dites à *un liquide* (Volta, Cruikshanck, Fosse, Vollaston, Berzélius, etc.). Elles présentent de graves inconvénients, notamment celui de subir rapidement les phénomènes de polarisation, c'est-à-dire de donner lieu à la production de courants intérieurs de sens inverse à celui du courant principal qui affaiblissent son action.

Les piles généralement employées en thérapeutique sont celles de Daniell, de Remack, de Bunsen, de Marié Davy, de Leclanché et enfin celle de Callaud-Trouvé qui, par son prix peu élevé, sa simplicité, son entretien, ses réparations faciles et sa constance, est préférée des électriciens et adoptée par notre Maître.

Elément de Daniell. — L'élément de Daniell se compose de deux métaux, zinc et cuivre, de deux liquides, eau acidulée et acide sulfurique et d'une solution de sulfate de cuivre ; tant que le courant ne passe pas, il n'y a pas d'action ; dès que le circuit est fermé, le zinc est attaqué pas l'acide sulfurique, il se forme du sulfate de zinc. L'hydrogène mis en liberté arrive sur le sulfate de cuivre, s'empare de l'oxygène et met l'acide sulfurique et le cuivre en liberté. Le cuivre se dépose sur la lame inactive, et l'acide sulfurique remplace celui qui a servi à attaquer le zinc. Pour obtenir de la constance de cette pile, on fait plonger dans la dissolution de sulfate de cuivre un ballon renfermant des cristaux de sulfate de cuivre.

Elément de Remack. — L'élément de Remack n'est autre que celui de Daniell modifié. Le pôle cuivre est composé d'une tige de cuivre qui se termine par plusieurs bifurcations et plonge dans une dissolution de sulfate de cuivre. Au-dessus de la dissolution, on place une lame de vase poreux

prolongée par un tube de verre dans l'intérieur duquel passe le pôle cuivre. Sur la lame poreuse, une couche de papier mâché et enfin un grand morceau de zinc amalgamé.

Elément de Bunsen. — L'élément de Bunsen se compose d'un vase en verre ou en porcelaine, d'une lame de zinc amalgamé plongeant dans de l'eau acidulée par l'acide sulfurique, d'un vase en terre poreux renfermant de l'acide azotique dans lequel on plonge un cône de charbon de cornue.

L'élément Marié-Davy est le même, sauf l'acide azotique qui est remplacé par du bisulfate de mercure.

Elément de Leclanché. — La pile de Leclanché se compose d'un vase extérieur en verre, d'un bâton ou d'une lame de zinc ; d'un cône de charbon entouré de peroxyde de manganèse et de coke, le tout entouré d'un vase poreux. Pour la charger, on y verse une solution concentrée de chlorure ammonique.

Ainsi chargée, cette pile peut fournir un grand travail pendant 120 ou 130 heures, mais elle se polarise facilement et a une action chimique encore trop intense.

Elément de Callaud-Trouvé. — L'élément Callaud dont nous avons déjà signalé les avantages se compose d'un vase en verre, d'une lame de zinc amalgamé qui plonge dans une dissolution de sulfate de cuivre et d'un fil en cuivre entouré d'un tube en verre et se terminant par des contours en spirale,

Mode d'emploi.—Nous avons déjà eu l'occasion de dire que la pile préférée par M. Regimbeau était celle de Callaud; indépendamment des qualités que nous avons déjà mentionnées, elle possède l'avantage d'unir à une tension suffisante pour faire

pénétrer les courants dans la profondeur des tissus, celui de produire peu d'effets chimiques à l'inverse de la grande pile de Daniell ou de Bunsen qui, pour le cas particulier d'applications à la vue, ne seraient pas sans dangers. Nous en dirons quelques mots dans le chapitre suivant. Les petits éléments ne sauraient être non plus préconisés et nous ne pouvons mieux faire que de citer après Herb et M. Regimbeau cette phrase de Remack : « Je dois dire, pour les médecins qui voudraient répéter mes expériences, que l'effet curatif dépend de la surface des éléments de la pile, c'est-à-dire qu'il faut rejeter absolument les piles composées de petits éléments. »

Nous savons bien qu'au point de vue physique, cela est inexplicable, mais il n'en est pas moins vrai, et l'accord de tous les électriciens sur ce point en est le garant, qu'une pile composée de petits éléments en nombre suffisant pour produire les mêmes effets chimiques que celle composée d'éléments de moyenne grandeur, ne saurait produire les mêmes effets physiologiques et thérapeutiques.

L'appareil Remack peut être placé sur la même ligne que celui de Callaud ; celui de Leclanché a l'avantage de donner pendant très longtemps, 120 ou 130 heures, un courant constant, mais il a encore trop d'action chimique. Les éléments au sulfate de cuivre sont, jusqu'à présent, ceux à qui on doit donner la préférence. Ils ne sont pas portatifs et c'est un grand inconvénient, car les malades ne peuvent pas toujours se transporter, mais n'est-ce pas une illusion que de chercher une pile portative ?

Il ne nous reste plus maintenant qu'à parler du mode opératoire lui-même. Les malades dont nous avons recueilli les observations, ont été traités de la façon suivante : pendant dix minutes application d'un courant faible, quatre ou six éléments Callaud, le pôle négatif sur la nuque et le positif sur le globe oculaire. L'on ne doit jamais dépasser notable-

ment quatre éléments, ni prolonger leur action au-delà de dix minutes, un quart d'heure. Ce mode d'emploi est le plus généralement adopté.

On peut aussi employer le procédé de Lefort qui laisse agir le courant de deux éléments pendant plusieurs heures.

Hippel et Grünhagen pensent qu'en électrisant ainsi directement le globe oculaire et le trijumeau, on augmente la tension oculaire ce qui, dans certains cas, n'est pas sans dangers. Ils ajoutent qu'en plaçant les électrodes sur les apophyses mastoïdes on évite ces inconvénients. Il est certain qu'on évite ainsi le territoire du trijumeau, mais n'évite-t-on pas aussi les bons avantages qu'on aurait pu recueillir de l'électricité ? N'est-il pas permis de croire que les insuccès obtenus par certains auteurs tiennent à l'emploi d'instruments défectueux ou à ce mode d'électrisation irrationnel ? A toutes les époques, le discrédit n'a-t-il pas été jeté par ceux qui électrisent un peu à tort et à travers sur ce mode de traitement qui, s'il ne guérit pas tout, obtient des résultats où tout autre aurait échoué ?

Benedikt cherche à agir sur le sympathique dans le cas d'atrophie papillaire et en cela il est conséquent avec lui-même, puisqu'il pense que les affections localisées intracrâniennes sont accompagnées d'anomalies vaso-motrices, suite d'une innervation maladive du grand sympathique. Il applique donc l'électrode positive sur le front et l'électrode négative sur l'angle interne de l'œil ou sur la tempe en se servant de courants très-intenses jusqu'à produire constamment des phosphènes. Nous allons voir que ce mode d'emploi, rationnel sans doute, mais moins actif, peut-être n'est pas sans dangers.

Dangers de l'emploi des courants continus. — Employé sans discernement et sans précaution, les courants continus

peuvent provoquer de grands désordres, nous n'en voulons pour preuve que l'accident arrivé à Duchenne de Boulogne. Il électrisait un jour un malade affecté de paralysie d'un côté des muscles de la face, avec un nouvel appareil galvanique. Le malade percevait du feu et des flammes et pria de cesser toute application : « Lorsqu'il revint de son éblouissement, ajoute Duchenne, il se plaignit d'un trouble considérable de la vue et s'aperçut qu'il n'y voyait plus du côté où l'opération avait été faite. L'œil du côté opposé ne paraissait pas avoir souffert. Je lui fis prendre immédiatement un bain de pieds, dès qu'il fut rentré chez lui une saignée lui fut pratiquée. Sa vue ne s'améliora pas; malgré l'emploi d'une série de moyens excitants et un traitement rationnel, on ne put obtenir qu'un léger amendement; la vue est restée considérablement affaiblie. »

Il n'est pas besoin, après cet exemple, d'insister sur les précautions que l'on doit prendre dans l'électrisation de l'œil, bien que l'expérience suivante, rapportée par Boucheron (Thèse de Paris, 1875), paraisse en opposition avec l'exemple de Duchenne. Il prit une chienne, appliqua une électrode sur le globe oculaire et l'autre sur la nuque, il fit passer un courant très énergique qui arrachait des cris de douleur à l'animal. La vue n'eut à souffrir en rien de cette expérience. Quelque probante que paraisse cette expérience, elle ne saurait faire départir de la plus grande prudence. L'on ne devra jamais employer que des éléments à faible action chimique et un très petit nombre d'éléments, huit ou dix sont des chiffres maxima ; l'on doit bien se garder de faire des interruptions qui sont cause de phosphènes, sensations toujours désagréables pour le malade et qui rendent dangereux des courants d'intensité moyenne. Enfin, l'application prolongée d'un courant, même faible, a aussi de graves inconvénients, et pourrait occasionner des

décollements de la rétine, des irritations pouvant aller jusqu'à l'inflammation, et enfin la destruction de l'épiderme aux deux pôles. Pour nous, nous n'avons jamais vu aucun des malades traités par la méthode de M. Regimbeau, avoir à souffrir ou être même sérieusement incommodé.

CONCLUSIONS.

Les nombreux avantages qu'ont retiré des courants continus, dans les affections chroniques des yeux, ceux qui se sont livrés à l'électrothérapie, le peu de danger et la facilité de leur application, indiquent leur emploi dans les affections chroniques des yeux, sans, pourtant, faire négliger les autres moyens de traitement. Nous sommes persuadé que lorsque ce mode de traitement sera mieux connu, les praticiens en retireront des avantages que n'aurait donnés aucune autre médication.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Donner les caractères des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie.

Texture de la matrice à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Anatomie pathologique et Histologie.

Du cancer de l'utérus.

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie Médicale ou Interne.

Quelles sont les causes des palpitations du cœur.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Du régime des opérés.

Thérapeutique et Matière Médicale.

De l'ergot de seigle et de sa médication.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

De l'endurcissement au froid.

Accouchements.

De la version par manœuvres externes.

Clinique Interne.

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique Externe.

Indications de la lithotricie.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lipémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Traitement par les courants continus de quelques affections chroniques de l'œil.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !